



ARTÍCULO ESPECIAL

Consumo de drogas en adolescentes. Dilema ético en el abordaje diagnóstico-terapéutico

J.L. Matalí Costa^{a,*}, M. Pardo Gallego^a, V. Trenchs Sainz de la Maza^b, E. Serrano Troncoso^a, S. Gabaldon Fraile^c y C. Luaces Cubells^b

^aUnidad de Conductas Adictivas, Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Universitario Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^bSección de Urgencias, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^cComité de Ética Asistencial, Hospital Universitario Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 19 de noviembre de 2008; aceptado el 5 de enero de 2009
Disponible en Internet el 20 de marzo de 2009

PALABRAS CLAVE

Adolescencia;
Drogas;
Abuso de sustancias;
Autonomía;
Beneficencia;
Urgencias

KEYWORDS

Adolescence;
Drugs;
Substance Abuse;
Autonomy;
Beneficence;
Emergency

Resumen

El consumo de drogas ilegales entre los adolescentes ha aumentado durante los últimos años y, paralelamente, se ha evidenciado un aumento de las problemáticas y conductas de riesgo típicas de la adolescencia. Los resultados de los estudios sobre el consumo de drogas durante esta etapa de la vida ponen de manifiesto las graves y múltiples consecuencias que pueden generar. Uno de los primeros receptores son los servicios de urgencias, donde sus profesionales deben afrontar situaciones que plantean contradicciones entre 2 de los principios éticos básicos: el principio de autonomía y el principio de beneficencia; dilema ético que se aborda en este trabajo.

© 2008 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Adolescent drug use. Ethical dilemma in the diagnostic-therapeutic approach

Abstract

Illegal drug use among adolescents has increased in recent years in Spain, as well as has the risk behaviours and problems typical of adolescence. The results of studies on drug use during this stage of life reveal the serious and wide-ranging consequences that can arise. Emergency services are often the first to receive and deal with these and its professionals must face situations that pose contradictions between two of the basic ethical principles,

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmatali@hsjdbcn.org (J.L. Matalí Costa).

the principle of autonomy and the principle of beneficence; an ethical dilemma that is addressed in this work.

© 2008 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Adolescentes y consumo de drogas

Magnitud del problema

El consumo de drogas ilegales entre los adolescentes ha aumentado durante los últimos años. Los datos muestran que prácticamente uno de cada 4 jóvenes ha consumido alguna sustancia durante el último mes, entre éstas, el alcohol, el tabaco, los derivados cannábicos y la cocaína son las sustancias más consumidas¹. Este aumento del consumo no se puede explicar por una sola causa. Algunos de los factores de mayor peso que explican en buena parte este fenómeno tienen que ver con la gran disponibilidad a las sustancias, el aumento de las familias con problemas relacionales y el aumento de los trastornos mentales².

Los datos existentes demuestran una elevada prevalencia de comorbilidad entre el trastorno por uso de sustancias y los trastornos mentales en los adolescentes, situada entre el 65 y el 75%³⁻⁷ (tabla 1). Esta situación conlleva, en la práctica clínica, que muchos de los adolescentes atendidos en los servicios de salud mental por un trastorno mental estén realizando un abuso o tengan dependencia de sustancias, lo que interfiere en la sintomatología que presenta el paciente y, en consecuencia, esté dificultando tanto el proceso de evaluación y diagnóstico como la posible evolución de su trastorno principal⁸.

Los resultados de los estudios sobre el consumo de drogas durante la adolescencia ponen de manifiesto las graves y múltiples consecuencias que pueden generar, tanto físicas como psicológicas y sociales (escolares, familiares y relacionales)⁹. Se dispone de suficientes pruebas para asegurar que las repercusiones del consumo son más peligrosas para los adolescentes que para los adultos, tanto en el efecto perjudicial de las sustancias⁹ como por los efectos adversos referentes al ajuste psicosocial, que en el caso de los jóvenes son más pronunciados y tienden a disminuir al aumentar la edad del consumidor¹⁰. Al mismo tiempo, es previsible que aproximadamente el 10% de los adolescentes consumidores tenga alguna repercusión derivada del consumo de drogas¹¹, ya sea de forma directa (intoxicaciones, trastornos mentales inducidos, etc.) como de forma

indirecta (accidentes de moto, caídas, quemaduras, peleas, etc.).

Los programas de tratamiento de adolescentes consumidores de drogas indican que son efectivos en la reducción de la cantidad del consumo, producen efectos positivos en la disminución de la actividad delictiva, la remisión de la psicopatología (presentan menos hostilidad, menos ideación autolítica) y mejoran el rendimiento académico¹²⁻¹⁴. La literatura médica evidencia que estar en tratamiento es mejor que no estarlo¹⁵.

No obstante a todo lo expuesto, los datos sobre la actividad asistencial de los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil y los Centros de Atención a las Drogodependencias evidencian que este aumento en el consumo de sustancias, así como de los problemas relacionados, no se traduce en consultas a los profesionales de la salud, por lo que se podría concluir que no se está detectando el consumo en este colectivo o que el Sistema Sanitario no accede adecuadamente a los adolescentes a pesar de que conoce sus repercusiones. También hay que tener en cuenta que otro aspecto implicado en la dificultad para detectar esta problemática son las propias peculiaridades de los adolescentes consumidores, caracterizados por la tendencia a la negación y minimización del consumo, la dificultad para aceptar que tienen problemas derivados de éste, la presión que reciben de sus iguales para mantenerlo y «normalizarlo» y, por tanto, la elevada resistencia a contactar con los Servicios de Salud.

La implicación de los servicios de urgencias pediátricos

Uno de los primeros receptores de las consecuencias del consumo de drogas son los servicios de urgencias pediátricos. Los motivos por los que los jóvenes suelen recurrir a éstos son principalmente en relación con el alcohol, por lesiones o traumatismos, por intoxicaciones o sobredosis y por autolesiones con drogas (generalmente más frecuente en mujeres), atención que se concentra fundamentalmente los fines de semana¹⁶⁻²⁰. Los servicios de urgencias pueden desempeñar un papel clave en la detección rápida de los adolescentes que abusan de las drogas, ya que éstos suelen consultar antes en estos servicios que en los servicios especializados en adicciones. Muchos estudios demuestran la eficacia tanto de la intervención breve en los mismos servicios de urgencias como del incremento de vinculación a las unidades de tratamiento especializadas^{21,22}.

Actualmente, con los datos disponibles en Cataluña, no se puede saber cuál es la repercusión real en las urgencias del aumento de consumo de drogas por parte de los adolescentes acontecido durante el último decenio. Frecuentemente, los profesionales de urgencias notifican y diagnostican sólo

Tabla 1 Trastornos mentales más prevalentes en los adolescentes consumidores de drogas

Conductas autolíticas
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
Trastornos afectivos
Trastornos de ansiedad
Trastornos de conducta
Trastornos de la conducta alimentaria
Trastornos psicóticos

el motivo de consulta, aunque durante su exploración hayan detectado consumo de tóxicos.

Al profesional de urgencias se le presenta una situación conflictiva: *la valoración de la adicción*. Ante la sospecha de que el motivo de consulta (lesión, accidente de tráfico, etc.) pueda ser consecuencia de un abuso de tóxico o bien haya indicios de que el adolescente está intoxicado, puede plantear la necesidad de realizar un análisis de orina para verificar el consumo, conocer el tipo de tóxico tomado o incluso la cantidad en algunos casos. ¿Esta acción debe informarse al paciente?, ¿qué ocurre si éste se niega a que se le realice esta prueba? Por otro lado, al tratarse de un menor, ¿se debe informar también a los padres?, ¿los médicos están obligados a darles a conocer siempre el resultado a los padres si el menor no lo consiente? En todas estas cuestiones, los profesionales deben de tomar decisiones y valorar tanto los aspectos médicos correspondientes como las implicaciones legales y éticas de estas actuaciones.

Implicaciones legales

Se realizó una consulta a los servicios jurídicos del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona sobre cuál debería ser el procedimiento que debía seguirse. La respuesta fue que para realizar una prueba de tóxicos en orina o sangre «siempre hay que pedir el consentimiento al menor, y en todo caso si no es “maduro” a sus padres. Si el menor es “maduro” (es decir, tiene capacidad para decidir en materia sanitaria) y se niega, el profesional no puede realizar la determinación. En el caso de que el adolescente se negase pero fuese del todo necesario (situaciones de riesgo) para realizar la determinación haría falta la autorización de los padres».

En España, cuando se habla de los derechos de la persona menor en el ámbito sanitario debe tenerse presente la Ley catalana 21/2000, del 29 de diciembre, sobre los derechos a la información concerniente a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica, así como su homóloga ley estatal, la Ley básica 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La Ley básica 41/2002 establece una nueva mayoría de edad en relación con el ámbito sanitario a los 16 años, haya o no emancipación. En este caso, la ley considera que el menor tiene capacidad plena de decidir en relación con su salud, por lo que no se requiere del consentimiento por representación de los padres o de los tutores, salvo cuando el estado físico o psíquico no permita al menor hacerse cargo de su situación. Asimismo, en caso de riesgo grave, según el criterio del facultativo, se ha de informar a los padres y su opinión ha de ser tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente. Se trata de una comprensión de *iuris tantum*: «si el médico responsable de la asistencia considera que la persona menor, competente o no, presenta una situación de grave riesgo para la vida o salud inherente a una determinada intervención de salud, tiene la obligación de informar a los padres para que puedan ejercer las facultades inherentes a la patria potestad».

En aquellos casos en que el menor maduro presenta una intoxicación aguda y, por tanto, su situación clínica lo hace

manifiestamente incompetente, está claro que se deberán realizar aquellas intervenciones médicas que sean necesarias (analítica de tóxicos si eso está indicado) y se deberá informar a los padres aunque el menor se niegue a esto, dado que se estaría ante la situación en que la ley establece la información y el consentimiento subrogado a los padres o representantes legales.

Pero hay otras situaciones en las que, a pesar de los límites legales anteriormente comentados, no está tan claro qué actitud debe tomar el médico cuando atiende a un adolescente considerado ante la ley como menor maduro (16 años cumplidos) y se detecta durante la anamnesis una posible problemática relacionada con el consumo de tóxicos. ¿Qué debe plantearse el médico si atiende por tercera vez en un año a un adolescente por politraumatismos que seguramente son secundarios a estados de embriaguez y consumo de tóxicos y él sigue negándolo? Hay que tener en cuenta que las propias características de los servicios de urgencias dificultan una adecuada valoración de las problemáticas de los adolescentes consumidores de drogas: con frecuencia se encuentran saturados, se trata de una única visita de poco tiempo, generalmente el motivo de consulta no guarda relación con el consumo sino con una consecuencia de éste, es un paciente nuevo, no conocido, que no suele estar vinculado a ningún recurso y no tiene conciencia de la enfermedad, y que puede venir acompañado de amigos y no de familiares. Debido a todo esto, el pediatra o psiquiatra que atiende al adolescente dispone de pocas herramientas para valorar si presenta o no un criterio de abuso o dependencia a sustancias. Así pues, en estas situaciones puede plantearse también realizar una determinación de tóxicos en orina, para verificar o evidenciar el consumo e intervenir educando al adolescente sobre el riesgo de mantener esta conducta o, si es preciso, derivarlo a un servicio especializado para que realicen una valoración más adecuada de una posible adicción.

Implicaciones éticas

Paralelamente también se realizó una consulta al Institut Borja de Bioètica (Universitat Ramon Llull), institución que colabora con este hospital y también plantea el dilema ético: el profesional debe afrontar una situación que presenta contradicciones entre 2 de los principios éticos básicos: el principio de autonomía y el principio de beneficencia (fig. 1) y, a su vez, también con el deber ético



Intervención defensiva versus intervención responsable

Figura 1 Discusión: ¿qué principio debe prevalecer?

de confidencialidad respecto a la información del paciente. Cada situación tendrá que valorarse en su contexto. Una posible solución para decantar la balanza sería aplicar la recomendación siguiente: «El respeto al principio de autonomía requiere inevitablemente del principio de responsabilidad. Delante de pacientes vulnerables es donde el principio de autonomía debe interpretarse en el marco de la responsabilidad ética»²³.

Actualmente hay una tendencia a realizar actuaciones desde el extremo de la autonomía y desde una praxis puramente defensiva, «hacer lo que marca estrictamente la ley». El problema es que el día a día está plagado de situaciones poco claras o discutibles desde la ética y para las que las formulaciones legales tampoco son claras. Los problemas relacionados con el consumo de drogas en adolescentes son claramente una. Esta situación es la que promueve diferentes reflexiones:

- a) El profesional que atiende la urgencia, siempre en la búsqueda de un bien para el adolescente, ¿puede utilizar la persuasión para realizar la detección de drogas, siempre que le explique al paciente la finalidad de la acción?
- b) Si se piensa en la detección precoz de un problema adictivo y en el planteamiento de un plan terapéutico futuro (recomendación breve o derivación a una unidad especializada), tanto desde la prevención como desde la intervención, ¿puede plantearse romper la confidencialidad informando a los padres y argumentando esta acción en la excepción del privilegio terapéutico?
- c) Si se atiende a un adolescente «conocido» por el servicio de urgencias que consulta, por ejemplo, por el tercer accidente de tráfico (él era el conductor de la moto) y reconoce que el consumo de sustancias ha sido una de las principales causas en todos éstos, y la presencia de un riesgo en este tipo de conductas es evidente, ¿puede plantearse promover una acción que beneficie tanto al adolescente como a terceros? En este caso, ¿podría aplicarse el principio de justicia, es decir, el beneficio para todos?

El *principio de autonomía* exige el respeto a la capacidad de decisión de las personas y el derecho a que se respete su voluntad en aquellas cuestiones que se refieren a su persona. Si la competencia del menor se evalúa positivamente, el profesional deberá respetar la negativa del adolescente a la realización de pruebas, así como a que se informe a sus responsables (respeto a la confidencialidad). Ahora bien, si no se evalúa la competencia del menor y el profesional sólo se rige por la edad (es decir, si es mayor o menor de 16 años) para que prevalezca su autonomía, se estaría ante una práctica de elevado riesgo jurídico.

El *principio de beneficencia* se refiere a la búsqueda del bien o beneficio del paciente, a la protección de sus derechos, a la obligación de prestar asistencia y a las decisiones que requieren a veces un análisis de la relación entre coste y beneficio en la toma de decisiones terapéuticas. Se entiende una beneficencia como obligatoria cuando puede cumplir con estas 5 condiciones:

- a) que el beneficiario esté expuesto a un perjuicio (en el caso médico, para su vida o su salud);

- b) que la acción sea necesaria para prevenir el perjuicio;
- c) que la acción tenga una alta probabilidad de prevenir el perjuicio;
- d) que la acción no implique grandes riesgos o costes para el que la realiza,
- e) y que el beneficio supere el riesgo contraído.

Hay que tener en cuenta que el adolescente con un problema de consumo de sustancias no suele ser consciente de éste y que tiende a minimizar las consecuencias, pero que puede reaccionar cuando aparecen los problemas relacionados con el mencionado consumo (traumatismos, psicosis tóxicas, expulsiones de la escuela, accidentes, etc.). Por otro lado, se sabe que un inicio precoz en la intervención puede ser preventivo, tanto de la aparición como de la cristalización de nuevos problemas, y que el abordaje de estos trastornos es complejo y largo, por lo que la consulta en urgencias puede ser una oportunidad para empezar a hacerlo.

Por tanto, en el contexto de urgencias, el principio de beneficencia se podría entender aplicable a acciones que tienden a la detección precoz del trastorno adictivo y de sus posibles riesgos asociados, así como a todas aquellas acciones (intervención breve, derivación a dispositivo adecuado, tratamiento, etc.) para la prevención de estos riesgos. En este sentido, se valora que, si se parte de la necesaria individualización de cada caso, el beneficio primaría sobre la autonomía del adolescente.

Conclusiones

El consumo de drogas ha aumentado considerablemente en los últimos años. Éste en los adolescentes es perjudicial y las consecuencias de su consumo pueden afectar a todos los ámbitos: aumento del fracaso escolar, mayor prevalencia de trastornos mentales y peor ajuste psicosocial.

En este período también ha cambiado el modelo de consumo de alcohol y de sustancias, que se concentra en los fines de semana. Los primeros servicios en recibir las consecuencias del consumo abusivo y perjudicial de los adolescentes son los servicios de urgencias pediátricos. La falta de datos en el ámbito autóctono limita la extrapolación de las conclusiones, aunque no las invalidan.

La Ley catalana 21/2000 y La Ley básica estatal 41/2002, reguladoras de la autonomía del paciente, que establecen una nueva mayoría de edad a los 16 años en relación con el ámbito sanitario, ha implicado un cambio en el concepto y la praxis de los profesionales de la salud que trabajan con adolescentes.

Sin embargo, cuando se trata a un adolescente que puede estar realizando un abuso de sustancias, los profesionales se pueden encontrar con situaciones en las que deben decidir sobre conceptos no claramente definidos, como madurez, competencia, riesgo, beneficio de la intervención, confidencialidad, entre otros. Los jóvenes suelen minimizar y normalizar el abuso de sustancias y pueden priorizar el beneficio inmediato (es mejor no decir nada a que sus padres conozcan esta situación).

Ante esta situación, a los profesionales de la salud se les presenta un dilema, ¿qué debe preponderar: la autonomía

de mi paciente o los beneficios que puedan generarse de mi actuación? En el equilibrio para decidir deberá contemplarse el caso individual teniendo en cuenta que:

- a) El criterio de autonomía debe de ser respetado a priori.
- b) Para establecer la posible beneficencia de la actuación hay que evaluar los factores de riesgo de los adolescentes para el consumo problemático de sustancias. Entre estos factores de riesgo debe valorarse la dimensión: A) Personal: los rasgos de personalidad como la impulsividad, los rasgos disociales, la presencia de enfermedades médicas o psiquiátricas. B) Familiar, como la presencia de enfermedades psiquiátricas de los padres, presencia de conflictividad intrafamiliar o consumo de los padres. C) Económicas y ambientales, como dónde viven, con quiénes se relacionan, tipo de amigos, etc.
- c) Si se concluye que el adolescente está realizando un consumo problemático de sustancias, debería priorizarse la beneficencia de la actuación por delante de la dudosa autonomía del paciente.
- d) Es importante destacar que un inicio precoz en la intervención puede ser preventivo, tanto de la aparición como de la cristalización de problemas relacionados con el consumo de drogas.

Bibliografía

1. Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD). Encuesta sobre población escolar. 2007.
2. Greydanuy D, Patel D. The adolescent and substance abuse: Current concepts. *Current problems pediatrics adolescent health care*. 2005;35:78–98.
3. Simkin DR. Adolescent substance use disorders and comorbidity. *Pediatr Clin North Am*. 2002;49:463–77.
4. Shrier LA, Harris SK, Kurland M, Knight JR. Substance use problems and associated psychiatric symptoms among adolescents in primary care. *Pediatrics*. 2003;111:699–705.
5. Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Comorbidity of substance use disorders and other psychiatric disorders among adolescents: Evidence from an epidemiologic survey. *Drug Alcohol Depend*. 2007;88(Suppl 1):S4–S13.
6. Wise BK, Cuffe SP, Fischer T. Dual diagnosis and successful participation of adolescents in substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2001;21:161–5.
7. Hser YI, Grella CE, Collins C, Teruya C. Drug-use initiation and conduct disorder among adolescents in drug treatment. *J Adolesc*. 2003;26:331–45.
8. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. 2006.
9. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*. 2002;97:1123–35.
10. Solowij N, Grenyer BF. Are the adverse consequences of cannabis use age-dependent? *Addiction*. 2002;97:1083–6.
11. McRae AL, Budney AJ, Brady KT. Treatment of marijuana dependence: A review of the literature. *J Subst Abuse Treat*. 2003;24:369–76.
12. Copland J. Developments in the treatment of cannabis use disorder. *Current Opinion Psychiatry*. 2004;17:161–8.
13. Kimberly RM. Adolescent Treatment Programas reduce drug abuse, produce other improvements. *NIDA notes*. 2004;17(1).
14. Martin K. Adolescent Treatment Programs reduce drug abuse, produce other improvements. *NIDA Notes*. 2002;17(1).
15. Dennis M, Titus, Diamond G, Donaldson J, Godley S, Tims F, the CYT Steering Committee, et al. The cannabis youth treatment (CYT) experiment: Rationale, study design and analysis plans. *Addiction*. 2002;97(suppl 1):16–34.
16. Thom B, Herring R, Judd A. Identifying alcohol-related harm in young drinkers: The role of accident and emergency departments. *Alcohol Alcohol*. 1999;34:910–5.
17. Hulse GK, Robertson SI, Tait RJ. Adolescent emergency department presentations with alcohol- or other drug-related problems in Perth, Western Australia. *Addiction*. 2001;96:1059–67.
18. Dennis M, Babor TF, Roebuck MC, Donaldson J. Changing the focus: The case for recognizing and treating cannabis use disorders. *Addiction*. 2002;97(Suppl 1):4–15.
19. Chung T, Colby SM, O'Leary TA, Barnett NP, Monti PM. Screening for cannabis use disorders in an adolescent emergency department sample. *Drug Alcohol Depend*. 2003;70:177–86.
20. Weinberg L, Wyatt JP. Children presenting to hospital with acute alcohol intoxication. *Emerg Med J*. 2006;23:774–6.
21. Simpson T, Murphy N, Peck DF. Saliva alcohol concentrations in accident and emergency attendances. *Emerg Med J*. 2001;18:250–4.
22. Kelly TM, Donovan JE, Kinnane JM, Taylor DM. A comparison of alcohol screening instruments among under-aged drinkers treated in emergency departments. *Alcohol Alcohol*. 2002;37:444–50.
23. Gabaldon S. El menor maduro: el adolescente y la sanidad. En: Institut Borja de Bioètica, editor. *Adolescència: conflicte i decisió*. Barcelona: Fundació Mapfre; 2008.